

प्रमक,

डा० उमाकान्त पवार,  
सचिव  
उत्तराखण्ड शासन ।

सेवा में,

1. रागरत प्रमुख सचिव/सचिव,  
उत्तराखण्ड शासन ।
2. आयुक्त,  
गढ़वाल/कुमाऊँ गण्डल,
3. रागरत जिलाधिकारी,  
उत्तराखण्ड
4. रागरत विभागाध्यक्ष,  
उत्तराखण्ड ।
5. निदेशक, कोषागार,  
उत्तराखण्ड ।

चिकित्सा अनुभाग-4

देहरादून : दिनांक 26 जुलाई, 2011

विषय :- उत्तराखण्ड राज्य के राजकीय अधिकारियों/कर्मचारियों एवं पेंशनरों हेतु हैलथ स्मार्ट कार्ड योजना से सम्बन्धित संशोधित विकल्प पत्र के सम्बन्ध में ।

महोदय,

उपर्युक्त विषयक शासनादेश संख्या 338/XXVIII 4 2008 04/2010 दिनांक 25.10.2010 का संदर्भ ग्रहण करने का कष्ट करें, जिसके द्वारा उत्तराखण्ड हैलथ स्मार्ट कार्ड (नकद रहित) योजना लेने हेतु इच्छुक राजकीय अधिकारियों/कर्मचारियों से विकल्प प्राप्त किये जाने हेतु विकल्प पत्र एवं रव विवरण पत्र का प्रारूप आपको उपलब्ध कराया गया था ।

2- इस सम्बन्ध में शासन स्तर पर सम्यक् विचारोपरान्त उत्तराखण्ड हैलथ स्मार्ट कार्ड (नकद रहित) योजना के इच्छुक राजकीय अधिकारियों/कर्मचारियों एवं पेंशनरों द्वारा दिये जाने वाले विकल्प पत्र के प्रारूप को संशोधित करने का निर्णय लिया गया है ।

3- अतः संशोधित विकल्प पत्र एवं Employee details form के प्रारूप की छायाप्रति सलग्न कर प्रेषित करते हुये गुझे यह कहने का निदेश हुआ है कि कृपया उक्त विकल्प पत्र एवं Employee details form के प्रारूप को अपने स्तर से अपने अधीनस्थ राजकीय अधिकारियों/कर्मचारियों एवं पेंशनरों को परिचालित करते हुए उक्तानुसार विकल्प प्राप्त किये जाने हेतु विभागीय नोडल अधिकारी को निर्देशित करने एवं आहरण वितरण अधिकारी को प्रारूप में उल्लिखित विवरण को प्रमाणित/सत्यापित किये जाने हेतु निर्देशित करने का कष्ट करें ।

संलग्नक :- यथोक्त

भावदीय,  
(डा० उमाकान्त पवार)  
सचिव

संख्या- 496 (1)/XXVIII-4-2010-04/2008 टी0सी0-2 तद्दिनांक ।

प्रतिलिपि निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित :-

1. निजी सचिव, मा0 मुख्यमंत्री, उत्तराखण्ड शासन ।
2. निजी सचिव, मुख्य सचिव, उत्तराखण्ड शासन ।
3. महानिदेशक, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उत्तराखण्ड, देहरादून को इस आशय से प्रेषित कि विकल्प पत्र एवं Employee detailed form को अपने रतार समस्त विभागों, जिलाधिकारियों एवं कोषागारों आदि को अवगत कराते अनुश्रवण की कार्यवाही करने का भी कष्ट करें ।
4. निदेशक, सूचना एवं जनसम्पर्क निदेशालय, उत्तराखण्ड ।
5. निदेशक, पी0पी0पी0, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उत्तराखण्ड देहरादून ।
6. महालेखाकार, माजरा, देहरादून, उत्तराखण्ड ।
7. समस्त वरिष्ठ कोषाधिकारी/कोषाधिकारी, उत्तराखण्ड ।
8. समस्त आहरण वितरण अधिकारी, उत्तराखण्ड ।
9. समस्त मुख्य चिकित्साधिकारी/मुख्य चिकित्सा अधीक्षक, उत्तराखण्ड ।
10. नोडल अधिकारी, यू हैल्थ स्मार्ट कार्ड, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य को इस आशय प्रेषित कि विकल्प पत्र एवं Employee detailed form के अनुरूप विकल्प प्राप्त करने का कष्ट करें ।
11. M/s MID India Health Care Services (TPA) Pvt. Ltd., देहरादून, उत्तराखण्ड ।
12. निदेशक, एन.आई.सी., सचिवालय परिसर, उत्तराखण्ड, देहरादून को इस आशय से प्रेषित कि वे इस शासनादेश को रालम्भक सहित एन.आई.सी. की अधिकार वेबसाईट में प्रकाशित करने का कष्ट करें ।
13. गार्ड फाइल ।

आज्ञा से,

(ओमकार सिंह)

अनु सचिव

## विकल्प पत्र

मैं ..... अन्तः रोगी के रूप में निकित्सा उपचार के लिये यू हेल्थ/उत्तराखण्ड हेल्थ स्मार्ट कार्ड (नकद रहित) योजना वर्ष 2010 का विकल्प इस योजना के अधीन पंजीकृत/सूचीबद्ध सारकारी/गैर सारकारी निकित्सालय/संस्थाओं के लिये प्रस्तुत करता/करती हूँ ।

2 मैं .....वाह्य रोगी के रूप में करायी गयी निकित्सा की प्रतिपूर्ति हेतु शारानादेश संख्या 679/चि0 03 2006 437/2002 दिनांक 04.09.2006, शारानादेश संख्या 960/XXVIII 3 2010 437/2002 दिनांक 08.01.2010 एवं शारानादेश संख्या 546/XXVIII 3 2010 437/2002 टी0सी0 दिनांक 03.08.2010 एवं इस सम्बन्ध में समय-समय पर संशोधित होने वाले शारानादेशों में दी गई व्यवस्था से यथावत् आच्छादित रहूँगा/रहूँगी ।

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

मो0नं0 : .....

पदनाम : .....

कार्यालय का नाम व पता : .....

.....

कर्मचारी कोष संख्या : .....

डी0डी0ओ0 कोड संख्या : .....

कोषागार का नाम : .....

प्रतिहस्ताक्षरित

आहरण-वितरण अधिकारी

\* राजकीय पेशनर्स के सम्बन्ध में आहरण वितरण अधिकारी के रूप में कार्यालयाध्यक्ष/विभागाध्यक्ष द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित किया जाएगा।

### Employee Details

|    |                             |  |
|----|-----------------------------|--|
| 1  | Employee Name               |  |
| 2  | Employee Code               |  |
| 3  | Father's / Husband's Name   |  |
| 4  | Gender (M/F)                |  |
| 5  | Age                         |  |
| 6  | Date of Birth               |  |
| 7  | Department / Office Code    |  |
| 8  | DDO Code                    |  |
| 9  | Basic Pay                   |  |
| 10 | Pay Scale                   |  |
| 11 | Grade pay                   |  |
| 12 | Date of joining             |  |
| 13 | Date of Retirement          |  |
| 14 | Office Address              |  |
| 15 | HOD Address                 |  |
| 16 | Working Location / District |  |
| 17 | Mobile No.                  |  |
| 18 | E-mail ID.                  |  |

| S.No | Family's Dependent Name | Gender<br>[M/F] | Relation Code | Age | Date of Birth |
|------|-------------------------|-----------------|---------------|-----|---------------|
| 1    |                         |                 |               |     |               |
| 2    |                         |                 |               |     |               |
| 3    |                         |                 |               |     |               |
| 4    |                         |                 |               |     |               |
| 5    |                         |                 |               |     |               |
| 6    |                         |                 |               |     |               |
| 7    |                         |                 |               |     |               |
| 8    |                         |                 |               |     |               |
| 9    |                         |                 |               |     |               |
| 10   |                         |                 |               |     |               |

Relation Code 1 Self 2 Spouse 3 Father (Non Pensioners) 4 Mother (Non Pensioners) 5 Son 6 Unmarried Daughter / Minor Brother 8 Unmarried Sister 9 Step son 10 Step Daughter 11 Widowed sister 12 Widowed Daughter 13 Dependent Children (Income < = Rs 500/-)

### घोषणा

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा दी गई उपरोक्त सूचनाएँ मेरे ज्ञान एवं विश्वास के अनुसार सही हैं।

दिनांक

विकल्पधारी के हस्ताक्षर

प्रतिहस्ताक्षरित  
आहरण वितरण अधिकारी

\* राजकीय पेंशनर्स के सम्बन्ध में आहरण वितरण अधिकारी के रूप में कार्यालयाध्यक्ष/विभागाध्यक्ष द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित किया जाएगा।